

VALORACIÓN DE CONDUCTA AL CAMBIO ANTE LAS GUÍAS DE ACTUALIZACIÓN
MÉDICA (GAM) EN EL DESEMPEÑO DIARIO DE LOS MÉDICOS GENERALES,
ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS

ERICK DE JESÚS VALENCIA MERIZALDE
JORGE IVÁN LONDOÑO MAYA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Administración de Negocios

Gabriel Galvis Idárraga
Asesor temático

Mónica Henao Cálad
Asesora metodológica

Universidad EAFIT
Departamento de Organización y Gerencia
Maestría en Administración – MBA
Medellín
2012

Tabla de contenido

1.	Introducción	1
1.1	Planteamiento del problema	1
1.2	¿Cambian Los médicos su conducta ante las guías de actualización médica (GAM)? ..	3
1.3	Objetivos del estudio al cambio ante las guías de actualización médica (GAM)	3
1.3.1	Objetivo general	4
1.3.2	Objetivos específicos	4
2.	Marco teórico	5
2.1	Las organizaciones y el personal médico	5
2.2	La calidad en el producto/servicio	6
2.3	Guías de actualización médica (GAM)	8
3.	Estudio de la valoración de conducta al cambio ante las guías de actualización médica (GAM)	12
3.1	Descripción del estudio	12
3.2	Análisis de los resultados	13
3.3	Interpretación de los resultados obtenidos	19
4.	Conclusiones	26
5.	Recomendaciones	28
6.	Anexos	
6.1	Anexo 1. Juramento Hipocrático	29
6.2	Anexo 2. Encuesta	30
7.	Referencias bibliográficas	32

Índice de tablas

Tabla 1	Resultados descriptivos de la encuesta.	15
Tabla 2	Asociación entre cambiar ante una guía de EBM vs. las siguientes variables. . . .	17
Tabla 3	Asociación entre cambiar ante una guía de EBM vs. las siguientes variables. . . .	18

Índice de figuras

Figura 1	Médicos encuestados por especialidades médicas	14
Figura 2	Médicos encuestados por instituciones de salud	14
Figura 3	Médicos encuestados por región del país	15

1 Introducción

El propósito de este trabajo de grado es presentar algunas reflexiones que permitan descifrar, analizar e interpretar las posibles causas que llevan a que el personal médico se acoja o rechace las guías de actualización médica (GAM).

En Colombia es necesario hacer una exploración del comportamiento de los médicos –tanto generales como especialistas y subespecialistas– ante el cambio en su conducta frente a los avances científicos de la Medicina. En ese orden de ideas, se requiere conocer la mayor cantidad de factores de riesgo asociados a la razón de por qué los médicos no evolucionan a la par con los avances científicos y las guías médicas y continúan arraigados a sus creencias; o, tal vez, el descubrimiento de a qué le creen realmente para someterse a la conducta del cambio.

La exploración de la conducta médica asociada al cambio ante los nuevos conocimientos de las GAM permitirá avanzar en la comprensión del funcionamiento de los servicios ofrecidos por las instituciones de salud, y hará que la gerencia hospitalaria conozca qué tan fácil, qué tanto y de qué factores depende que las nuevas GAM sean realmente incorporadas al manejo y atención diaria de los pacientes. Asimismo, revelará por qué el gremio médico no se adhiere y/o no cambia ante dichas guías y abrirá las puertas para intervenir sus actitudes en el logro del cumplimiento de las normas de habilitación y acreditación a las que son sometidas las instituciones de salud por las secretarías de salud del gobierno.

Algunos conceptos teóricos considerados en esta investigación son los siguientes: las organizaciones y el trabajo –en particular en las empresas de servicios de salud–; varias definiciones del concepto de *calidad*, relacionadas con la relación paciente-médico; y el propósito de la implementación de las GAM.

Finalmente, a través de una encuesta, se pretendió establecer si los médicos cambian ante las guías médicas determinadas por la medicina basada en la evidencia (*evidence-based medicine*, EBM) y verificar si existen algunas variables que se puedan relacionar con el cambio ante dichas guías.

1.1 Planteamiento del problema

Al quehacer de los trabajadores en general, y en particular los del campo de la salud –objeto de estudio del presente trabajo–, se anteponen varias condiciones que deben enfrentar: la misión de la organización para la cual prestan sus servicios –que recoge la filosofía, la razón de ser y sus propósitos, y a la cual se deben acoger–, su formación académica como profesionales de la salud y algunas leyes de obligatorio cumplimiento.

Es así como en el ejercicio de su profesión, se les presentan situaciones ambiguas en las que pueden primar la disponibilidad de recursos, la formación profesional o la rentabilidad de un tratamiento.

En uno de sus apartes, el Juramento Hipocrático faculta al médico para aplicar sus conocimientos de forma subjetiva, concepto que en la actualidad se denomina *identidad del trabajo*:

Estableceré el régimen de mis enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mí entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte (Anexo 6.1, “Juramento Hipocrático”).

Con respecto a las leyes de obligatorio cumplimiento, la Ley 100/1993 (Colombia, Congreso de la República, 1993) –relacionada con pregunta 11 de la encuesta realizada en esta investigación (v. Anexo 6.2)–, obliga a las organizaciones de la salud a la prestación del servicio público esencial en seguridad social, sujeta a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.¹

El médico es consciente de que su relación con el paciente es un proceso productivo del que se espera que el resultado del servicio ofrecido sea de alto nivel de calidad y satisfaga las expectativas de este último; así, el médico enfrenta un dilema entre la calidad del servicio y la eficiencia en el uso de los recursos de la organización donde trabaja, porque, como sucede en los procesos de producción, un mejor nivel de calidad puede exigir recursos más costosos, incluso escasos o no disponibles, como los que se plantean en las GAM. Así, la calidad en la atención médica depende de un buen lineamiento del acto médico, y ese lineamiento es determinado por las guías médicas.

Si se desea un desempeño laboral idóneo, es muy importante que la conducta de cambio ante las GAM se presente en todas las instituciones de salud. En las gerencias de recursos humanos, la conducta hacia cambio es un problema que debe ser resuelto, si se pretende tener instituciones

¹ La Ley 100/1993, en su artículo 2 se define la *eficiencia* como “La mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente” (Colombia, Congreso de la República, 1993).

Y en el artículo 173, se definen como funciones del Ministerio de Salud y Protección Social –además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto-Ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993– las siguientes: “Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud” (*Ibíd.*).

actualizadas en los avances del nuevo siglo; y el personal médico, como herramienta laboral en la prestación del servicio de salud, no es ajeno a este problema.

Es urgente, entonces, que se comiencen a estudiar las variables que influyen en la conducta del personal de la salud ante el cambio y los avances científicos, en particular la de los médicos ante las GAM.

1.2 ¿Cambian los médicos su conducta ante las guías de actualización médica (GAM)?

Una de las razones que motivó la realización de este trabajo es que en Colombia no se dispone de información relacionada con la conducta de cambio que asume el personal médico frente a los conceptos académicos presentados en las GAM; este es el primer estudio que se realiza al respecto, y sus resultados podrán servir como punto de partida para posteriores investigaciones.

Los trabajadores de las empresas que venden servicios de salud –específicamente el personal médico– se enfrentan en su día a día laboral con una situación de gran importancia: el cambio en las conductas de manejo basado en las actualizaciones de las guías médicas. Dicho personal –médicos generales, especialistas y subespecialistas– está al servicio de los departamentos o áreas funcionales de recursos humanos en las empresas de salud: hospitales, clínicas o entidades similares, y su desempeño diario consiste en aplicar un conocimiento determinado para la venta de un servicio de salud y la obtención de un resultado; este resultado es de dos tipos:

1. Económico; similar al de las empresas de venta de productos.
2. De tratamiento clínico; que no se mide en unidades económicas y, por lo tanto, no se expresa en pesos, ya que es una medida cualitativa.

El primer tipo, que pertenece al área administrativa de las entidades de salud –venta de insumos, medicamentos, costos de suministros, aportes económicos de salud y ventas de servicios médicos, entre otros–, no pertenece al tema de esta investigación.

Por el contrario, el segundo tipo, que abarca el cumplimiento del médico durante su desempeño y la implementación de las GAM –cuyo propósito es lograr la unificación en los manejos y procedimientos y, de esta forma, alcanzar objetivos más medibles, uniformes, exactos y de éxito en el tratamiento de los pacientes (Rivers, Nguyen y Havstad, 2001)–, es la razón de ser de este trabajo de grado.

1.3 Objetivos del estudio de la conducta al cambio ante las guías de actualización médica (GAM)

1.3.1 Objetivo general

Determinar si los médicos generales, especialistas y subespecialistas encuestados en este trabajo de investigación cambian ante las GAM establecidas por la EBM en su desempeño diario.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las variables que se relacionan con el cambio de los médicos ante las GAM.
- Detectar los factores externos del quehacer médico correlacionados con la conducta de cambio ante las GAM.
- Identificar si en el personal médico evaluado existe alguna variable relacionada con la respuesta al cambio ante las GAM.
- Identificar si existe alguna relación entre la decisión de cambio y los años de experiencia del personal médico evaluado.
- Identificar si las guías no incluidas en el POS (Plan Obligatorio de Salud) tienen alguna influencia en el cambio de conducta para el cumplimiento de las GAM.

2 Marco teórico

2.1 Las organizaciones prestadoras de servicios de salud y el personal médico

En las organizaciones prestadoras de servicios de salud modernas, se reconoce, de un lado, el lugar central que ocupa el ser humano como tal, y, del otro, sus particularidades individuales. Esto implica no solo comprender las características propias de la especie, sino también respetar y valorizar los potenciales específicos de las personas, que son la fuente de su propia fecundidad (Bédard, 1996).

La misión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud es lo que les da sentido a ellas mismas, pues recoge su filosofía, su razón de ser y sus propósitos, entrando incluso en el aspecto simbólico. A este respecto, Chanlat anota:

Como todo universo social, el mundo de la empresa es también un mundo de signos, un espacio donde lenguajes diferentes se entrecruzan, un teatro donde se representan comedias, tragedias y dramas, una realidad más o menos imaginaria, un universo de donde salen significaciones múltiples que dan sentido a acciones diversas. Pero también aquí y en nombre de la racionalidad y la eficacia, esta realidad casi siempre se oculta o se reduce, a menudo bajo lemas publicitarios carentes de sentido [...], el problema del sentido que, como todos saben, está en el corazón de la existencia (Chanlat, 2002).

El médico, como profesional de la salud, ofrece sus servicios a través de la aplicación de sus conocimientos, y como tal, no es ajeno al discurso actual sobre el trabajo, que promueve la participación, la excelencia, la calidad, la eficacia y la productividad. La *producción* se puede definir como la acción de hacer o fabricar alguna cosa, poner en práctica un conocimiento, realizar una obra; en términos generales, la producción incluye el hacer y el actuar. Se considera que la principal actividad de una empresa es la producción de un bien (producto tangible) o un servicio (producto intangible); así, en un hospital, los departamentos médicos suministran los tratamientos de salud.

En el personal médico existen diferencias entre los diversos contextos de las instituciones para las que trabajan, los individuos de una misma institución y los miembros de una misma profesión; sus acciones están sujetas no solo a los conocimientos científicos, técnicos o empíricos de un área específica, sino que se ven afectadas por motivaciones, habilidades, estados anímicos, prejuicios, leyes, trabajo en equipo y condiciones sociales y económicas, entre otras. Según Chanlat (2002), para comprender las acciones y conductas de las personas – por ejemplo, las relacionadas con las GAM–, se tendría que analizar profundamente la

fundamentación sobre la cual están apoyadas: su formación profesional y su disponibilidad al cambio, entre otras; de este modo, el autor establece cuatro componentes de la acción humana: las prácticas y conductas, los procedimientos y métodos, los valores y principios, y las teorías generales (2002).

Estos componentes –que son estudiados respectivamente por la Praxeología, la Epistemología, la Axiología y la Ontología– se asemejan, como lo plantea Bédard (1996), a un iceberg cuya parte sobresaliente –las prácticas y conductas– muestra lo que se puede apreciar de un individuo; debajo –sus siete octavas partes– se encuentra lo demás.

Una persona que pertenece a la función productora de base, bien sea que esté en la dirección o en operaciones, es competente en grados diversos si responde a las exigencias de la disciplina, del sector o del oficio, si presenta las habilidades y cualidades humanas que se requieren para la situación y el contexto, y si está capacitada para la creación. Esta persona será competente y eficiente cuando sus cuatro dimensiones converjan con aquellas de su oficio, de su unidad de pertenencia y de la institución a la que esta pertenece (Bédard, 1996, citada por Chanlat, 2002).

2.2 Definiciones generales del concepto de *calidad* en un producto/servicio

Son innumerables las definiciones del concepto de *calidad*. Comúnmente se habla de que lo más importante es la satisfacción del cliente, dando a entender que el punto central del suministro de un producto o un servicio es el cliente mismo, la persona a que se le retribuye un deseo o una necesidad. En este sentido, se habla de dos categorías de clientes:

1. Los clientes externos

Que incluyen no solo a aquellos que utilizan o usufructúan un producto o servicio, sino también a los que una organización, en el desarrollo de su gestión empresarial, tiene la oportunidad de contactar y tratar para hacer negocios.

2. Los clientes internos

Incluyen las empresas subsidiarias de la compañía matriz.

Los siguientes son algunos conceptos usados comúnmente para referirse al tema de la calidad:

“Ajustarse a las especificaciones”

Si se analiza el tema de la calidad en la prestación de servicios médicos a la luz de esta definición, no se está aclarando si dichas especificaciones corresponden a las necesidades del

cliente, las consideradas por el médico –fundadas en su formación, facultades o entendimiento–, las determinadas por la organización y los recursos dispuestos para ello, o las establecidas por la ley.

“Adecuado para su uso”

En esta definición, es el cliente el que debe definir lo que es adecuado; sin embargo, el paciente comúnmente no posee los conocimientos para precisar el procedimiento que se debe seguir ni los argumentos para cuestionar una guía médica.

El modelo de Kano² propone que la calidad tiene dos dimensiones:

1. La calidad obligada

Un conjunto de características mínimas esperadas por el cliente, que se sentirá insatisfecho si no las encuentra en el producto que requiere.

2. La calidad atractiva

Son características extras, no previstas por el cliente, que van más allá de sus necesidades. Si un producto tiene una característica especial, el cliente se sentirá fascinado y entusiasmado; pero si esa característica no está disponible, no hará ningún comentario.

Con el tiempo, la calidad atractiva se convierte en calidad obligada. Por ejemplo, el control remoto de una videocasetera en un principio fue una característica especial; sin embargo, hoy en día, es una característica estándar de todos los aparatos de reproducción audiovisuales.

“La mínima pérdida ocasionada a la sociedad, desde el envío del producto al cliente hasta su uso total”

Esta definición está enfocada a los productos tangibles que las organizaciones suministran a su mercado y no a los servicios –razón de ser de este trabajo–.

“Calidad es satisfacción del cliente”

En esta definición se conjugan dos dimensiones: una subjetiva, que concierne a lo que el cliente (paciente) quiere; y otra objetiva, que corresponde a lo que la empresa de servicios le ofrece a través del médico.

Cualquiera sea la definición que se adopte, la calidad es una característica que todo producto o servicio debe tener para no perder el posicionamiento alcanzado en el mercado y satisfacer la

² El modelo de Kano de evaluación de la satisfacción de los clientes fue desarrollado por el profesor Noriaki Kano en la década de 1980.

exigencia –cada vez mayor– de los usuarios. En el marco de este trabajo de investigación, el concepto de calidad pone al médico que presta sus servicios a un paciente en un gran dilema, porque su actuación no es autónoma, pues está sujeta a las condiciones mencionadas anteriormente.³

2.3 Guías de actualización médica (GAM)

El avance médico se mantiene en constante evolución con los descubrimientos científicos, y por ello la Medicina es una profesión que no puede desempeñarse basada en un conocimiento fijo, pues requiere que cada día el profesional se capacite, eduque y actualice y, por lo tanto, aplique y ponga en práctica los nuevos saberes adquiridos; para ello, debe tener una mentalidad dispuesta a asumir conductas de cambio en las empresas de la salud donde trabaja.

Los adelantos científicos han desarrollado esquemas de tipo epidemiológico que permiten al médico saber el tipo de información que está siendo sometida al rigor científico. De esa forma, podrá conocer qué investigación o descubrimiento realmente cumplen con el rigor epidemiológico, para que puedan ser aplicados a los pacientes en su práctica diaria.

Los esquemas epidemiológicos más conocidos son los estudios randomizados controlados (*radomized controlled trials*, RCT), los estudios de meta-análisis y las revisiones sistemáticas, seguidos por los estudios no controlados, los estudios observacionales y las opiniones de los expertos en las diferentes áreas del desempeño médico. Con base en ellos, se generan GAM de divulgación universal, para su aplicación en las empresas prestadoras de servicios de salud.

A manera de ejemplo, es paradójico que aunque en 2001 el doctor Rivers y colegas publicaron un artículo relacionado con la perfusión en un paciente críticamente enfermo por shock séptico (Rivers *et al.*, 2001), solo a partir de 2004 fue aceptado por The European Society of Intensive Care, ESICM, como información científica válida para ser aplicada en la campaña de la sepsis de ese año (Dellinger *et al.*, 2004). El artículo, además, proponía una atención

³ Es oportuno aclarar que la evaluación de la adopción y aplicación por parte del personal médico a las GAM determina un nivel de calidad en la prestación del servicio que debe ser materia de otra investigación en la que se deben considerar los siguientes factores:

- El cumplimiento de los protocolos establecidos
- La efectividad del servicio
- La oportunidad en la prestación del servicio
- La demanda no atendida por servicio
- La satisfacción del usuario
- El porcentaje de cumplimiento en producción
- El volumen de la oferta
- El cumplimiento de las programaciones
- El costo unitario por servicio
- El costo total de la atención por usuario atendido
- El balance social de cada servicio

especial para las primeras seis horas del shock, y sin embargo, para 2005 solo el 50 % de los médicos estadounidenses analizados en un estudio clínico de aplicación de guías médicas había cambiado su conducta de manejo (Townsend, Dellinger y Levy, 2005; Jones y Kline, 2005).

El manejo de los pacientes en los hospitales es una operación compleja que exige múltiples intervenciones y procesos, y las patologías riesgosas para la vida requieren numerosas terapias que deben ser efectuadas por especialistas experimentados de diferentes áreas para conseguir los mejores resultados (Kahn *et al.*, 2006; Pronovost *et al.*, 2002). Estas aseveraciones están soportadas por múltiples publicaciones que abogan por el uso de la integración en las intervenciones complejas, presentadas en las instituciones de salud como *guías de cambio en el desempeño médico*.

Los datos tabulados en este trabajo de grado demostraron que cuando las guías o conductas de manejo de los pacientes eran promulgadas por las instituciones de salud directamente, influían en la respuesta al cambio de los médicos –cumplimiento de las guías según la EBM–: OR: 7,35; IC: 1,81-29,8.⁴ Algunos ejemplos de estas intervenciones complejas son:

1. Utilización de los equipos de emergencia médica (Hillman *et al.*, 2005).
2. Manejo de pacientes dirigido por metas.
3. Guías y manejo de pacientes con sepsis severa (Rivers *et al.*, 2001).
4. Campañas educativas para promover la aceptación de pautas para el tratamiento de pacientes con neumonía o shock séptico en el área de urgencias (Yealy *et al.*, 2005).
5. Grupo de guías o medidas de medición para mejorar el enfoque global de los pacientes en las unidades e instituciones médicas.

La evaluación de las intervenciones complejas demanda un estudio cuidadoso de todas sus ventajas potenciales, así como de sus efectos nocivos y de la adherencia a las GAM de cambio. Por otro lado, mientras que los estudios de observación pueden aumentar la eficacia de los tratamientos, las inferencias de causa y efecto requieren estudios RCT (Collins y MacMahon, 2001).

Una de las grandes limitantes y desafíos de la medicina moderna ha sido el hecho de no poner la evidencia en práctica. A pesar de los avances en el cuidado de pacientes críticamente enfermos, las intervenciones de la EBM permanecen subutilizadas (Cabana, Rand y Powe, 1999; Umoh *et al.*, 2008).

Hasta la fecha, pocas instituciones han adoptado un protocolo formal para la entrega de resucitación temprana del paciente con shock séptico (Carlbom y Rubenfeld, 2007; Varpula *et al.*, 2007; Durthaler, Ernst y Johnston, 2009). En las instituciones de salud estadounidenses y

⁴ OR: *odds ratio*; es el riesgo de no cambiar ante una GAM, dado que se está expuesto a una variable que favorece el cambio. IC: intervalo de confianza.

europeas que han adoptado la resucitación basada en protocolos y guías de manejo complejos, la aceptación, cambio y adherencia a las GAM por parte del gremio médico ha estado entre el 50 y el 60 % (Nguyen *et al.*, 2007; Gao *et al.*, 2005).

Existen aún muchas dudas relacionadas con la explicación de por qué el personal médico de las clínicas y hospitales a nivel mundial no se dispone al cambio ante los descubrimientos y avances de la ciencia. Considerando a estas instituciones como empresas de salud que se encargan de la venta de un servicio de atención en salud, el estudio y la actualización del médico, como líder ante el cambio, hace parte de la evaluación de la capacitación y el mejoramiento de la calidad de la atención (Lee, 2010). Puede haber muchas razones para que un médico no cambie su desempeño en su sitio de trabajo: cansancio, pereza, incapacidad para entender la nueva tecnología, sexo, cambios generacionales, etc. (Mikkelsen *et al.*, 2010).

Entre las opciones planteadas como variables influyentes en el cambio de conducta del médico, están las nuevas tecnologías. La encuesta de este trabajo incluyó una pregunta relacionada con la presentación de avances y descubrimientos en los congresos médicos como una opción de cambio; este hecho mostró una fuerte influencia, estadísticamente significativa, en la decisión al cambio por parte del médico ante las nuevas guías médicas: OR: 6,2; IC: 1,4-24,8. Por otro lado, las limitaciones de tiempo y de competencia del médico, dada la enorme cantidad de literatura disponible al respecto, le impiden muchas veces acceder, entender e incorporar a su oficio la nueva información.

Los cambios generacionales, la experiencia o el conocimiento adquiridos por los médicos de edad madura también han sido interpretados como variables causantes del cambio (Mikkelsen *et al.*, 2010). Al responder en la encuesta si el médico realizaba el cambio de aceptación a una GAM cuando era enseñada por un médico de más experiencia, no hubo ninguna relación significativa: OR: 4,13; IC: 0,09-1,96.

De este modo, así como un empleado de una empresa de producción o un subgerente de logística debe cumplir con unos lineamientos para el correcto desempeño de sus funciones como integrante de una organización (Goldratt, 2010), de igual manera lo debe hacer el médico cuando se enfrenta ante las guías médicas como herramienta de funcionamiento de la organización vendedora de servicios de salud.

En el ámbito de una organización, el ser humano está formado mentalmente por una red de experiencias obtenidas a través del tiempo y generadas en diferentes lugares de su desempeño laboral (Hacking, 1986; Ezzamel y Willmott, 1998). Esta formación de la estructura interna se denomina *identidad del trabajo* (IT), y se refleja como la característica de cada trabajador, no como tal, sino como ejecutante de una actividad específica. En otras palabras, la identidad del trabajo comprende las características propias que va adquiriendo una secretaria, un gerente de mercadeo, un ingeniero de producción, un trabajador de construcción, un anestesiólogo, un

cardiólogo, una pediatra y, por qué no, un gerente con un magíster en administración de negocios (*Magister of Business Administration*, MBA).

Es importante recalcar que aquellas personas que no hacen un entrenamiento práctico de escuela, nunca se van a desempeñar como expertos en un área determinada –como lo harían sus compañeros–, ya que, más que un desempeño empírico, la IT les proporciona dicho entrenamiento. Es en el área de trabajo donde el trabajador debe orientar su IT acorde con los objetivos de la organización para la cual trabaja, a través del significado de sus propios valores y los de la empresa. El cambio de una IT establecida a otras prácticas puede confirmar la IT previamente establecida o cambiarla a nuevos patrones (Ezzamel *et al.*, 2001).

En el proceso de la orientación hacia una nueva IT, se van a observar diferentes formas de resistencia entre los trabajadores (Ezzamel y Willmott, 1998; Knights y McCabe, 2000): violación de las reglas (Eilam y Shamir, 2005), cinismo y des-identificación (Willmott, 1993; Fleming, 2005), ironía y fraudes (Gottfried, 1994), restricción de actividades y decisiones de trabajo, y reacciones basadas en estrés (Fleming y Sewell, 2002), y elaboración de repertorios de interpretaciones alternativas (Knights y McCabe, 2000); existen, además, unas formas de restricción compuestas por una dimensión espacial y temporal (Ezzamel *et al.*, 2001; Ford *et al.*, 2002; Sturdy y Fineman, 2001; Wolfram-Cox, 2001; Brown y Humphreys, 2006): la influencia del sitio en su desempeño laboral y la influencia del tiempo que se lleva haciendo algo de la misma forma por mucho tiempo.

Este trabajo intenta, por primera vez, resaltar la importancia de confirmar si existe algún tipo de resistencia al cambio en la utilización de las GAM impuestas por las gerencias de los hospitales, o establecidas por las comunidades científicas, para el manejo de los pacientes o sus clientes de los servicios de salud. Al mismo tiempo, pretende analizar algunas variables que han sido establecidas como componentes de las conductas del no cambio en el personal médico –el sexo (Fleming, 2005) y su participación en el acople a las guías médicas–; al respecto, no se vio una diferencia significativo en ninguna de estas dos variables: OR: 0,7; IC: 0,15-3,32.

3 Estudio de la valoración de conducta al cambio ante las guías de actualización médica (GAM)

3.1 Descripción del estudio de la valoración de conducta al cambio ante las guías de actualización médica (GAM)

En este trabajo de grado se realizó un estudio observacional y analítico, con cruce de variables para la generación de conclusiones. Los estudios de tipo observacional o de corte transversal son de tipo epidemiológico, y permiten la creación de hipótesis que pueden ser utilizadas por otros investigadores en estudios futuros (Sackett *et al.*, 1994).

Para la selección de la muestra, se utilizó un valor numérico que pudiera ser significativo para cuatro instituciones de salud de Medellín que permitieron la realización de las encuestas. Se hizo el proceso de selección partiendo de un universo de 205 médicos entre generales, especialistas y subespecialistas; se esperaba que el 4 % de los médicos no se adhirieran a las guías como conducta de cambio –este porcentaje fue creado por los autores de este trabajo según su experiencia en el conocimiento del comportamiento médico en Medellín–.

La investigación tiene un poder del 80 %, un rango de precisión en el dato obtenido de adherencia del 3 % y un intervalo de confianza del 95 % (significancia del 95 %). Esto permitió calcular una muestra de 91 médicos para participar en la encuesta (Hernández, 2006).

Los criterios de selección del personal médico encuestado se dividieron así:

1. Criterios de ingreso o inclusión. a) Estar en disposición para someterse a encuestas de comportamiento; b) Ser médico general, especialista o subespecialista; c) No estar en contra de investigaciones psicológicas y de comportamiento laboral.
2. Criterios de descarte o exclusión. a) Ser menor de 20 años; b) Tener trastornos psicológicos del afecto diagnosticados por especialistas en psicología; c) Haber sido diagnosticado con enfermedades psiquiátricas; d) Haber estado consumiendo algún tipo de fármaco psiquiátrico o alguna benzodiacepina y/o psicotrópicos; e) Consumir drogas adictivas; f) Tener incapacidad para responder cada parámetro de los cuestionarios.

Para la obtención de la información, se elaboró una encuesta conformada por 12 preguntas, redactadas de tal forma que permitieran al evaluado responderlas de forma sencilla, manifestando algunas razones o condiciones que lo motivan al cambio o no cambio frente a las GAM; adicionalmente, la selección y redacción de las preguntas se hizo considerando que sus respuestas puedan brindar argumentos para alcanzar los objetivos del trabajo. De manera similar, se buscó que la tabulación de los datos fuera simple (v. Anexo 6.2, “Encuesta”).

A los médicos que cumplieron con los criterios de ingreso se les entregó la encuesta para ser diligenciada en presencia del doctor Erick Valencia, con la finalidad de evitar su repetición –por posibles errores en la información suministrada– o la exclusión de alguno de los encuestados.

El total de los médicos requeridos para contar con validez estadística en este proceso respondió y brindó desinteresadamente la información que se presenta a continuación.

3.2 Análisis de los resultados información

El análisis estadístico del estudio se inició con la obtención del porcentaje de probabilidad de aparición de eventos y la elaboración de datos descriptivos. Los datos de las variables fueron analizados según el nivel de medición; las variables ordinales se analizaron en tablas de 2×2 y se calculó el OR como el criterio de probabilidad de riesgo de presentarse un evento; la variable dependiente que se utilizó en la mayoría de las comparaciones fue la variable nominal –si se tomaba la conducta de cambio ante los resultados de la EBM que generaba reportes en las GAM–.

Esta misma variable se tuvo en cuenta para la realización del análisis de curva ROC (*receiver operating characteristic*), con el fin de buscar un punto de corte en el número de años de experiencia a partir de los cuales el médico dejaba de cambiar motivado por las GAM.

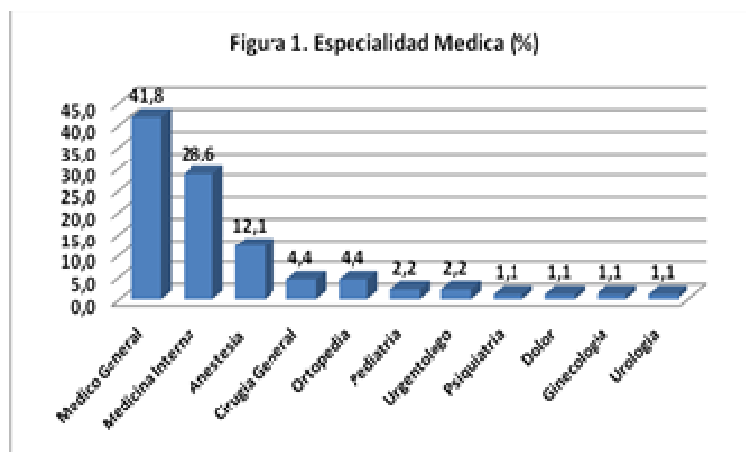
De igual forma, teniendo en cuenta los grupos de datos formados, se analizaron las diferencias de medias de las variables numéricas, y un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Se utilizaron programas estadísticos como Medcalc®, Epidat y SPSS 10 y 15.

De la muestra de 91 médicos, el 63,7 % (58 individuos) son hombres y el 27,3 % (33 individuos), mujeres. El promedio de edad de los encuestados es de $33,1 \pm 7,9$ años; y el promedio de años de experiencia es de $8,46 \pm 7,6$ años.

Por categorías, los médicos encuestados son: de medicina general, 41,8 % (38); de medicina interna, 28,6 % (26); anestesiólogos, 12,1 % (11); otras especialidades, 17,6 % (16), tal como se muestra en la Figura 1.

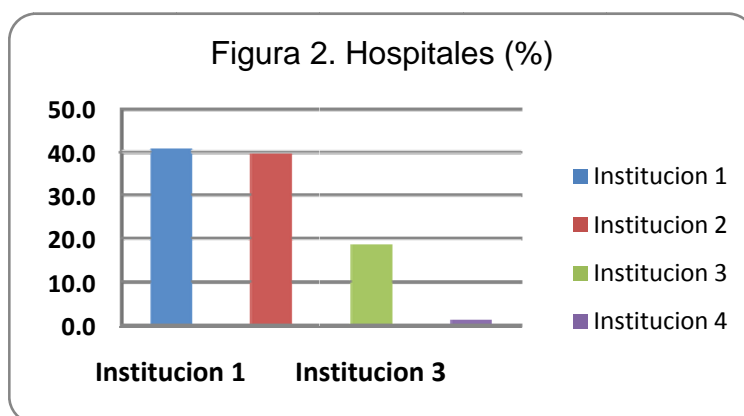
Las cuatro instituciones de salud de Medellín fueron nombradas Institución 1, Institución 2, Institución 3 e Institución 4. Para efectos del cálculo de n y de representatividad de los resultados, se tuvieron en cuenta principalmente las tres primeras instituciones, porque de la cuarta solo se consiguió la encuesta de un especialista, como lo muestra la Figura 2.

Figura 1 Médicos encuestados por especialidad médica



Fuente: elaboración de los autores.

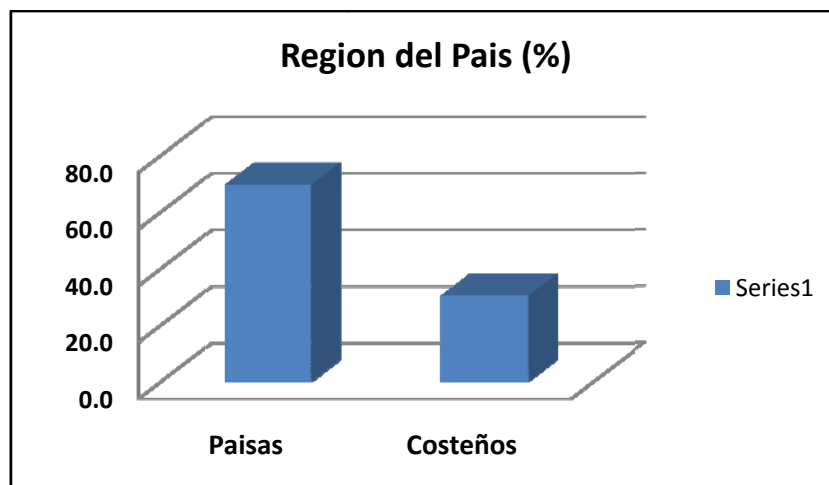
Figura 2 Médicos encuestados por instituciones de salud



Fuente: elaboración de los autores.

Con el fin de ampliar las variables influyentes en la conducta al cambio entre los trabajadores de la salud, se obtuvo la información en la encuesta de los médicos que eran de una cultura diferente a la “paisa”; para ello, se tuvieron en cuenta aquellos de la costa atlántica. Infortunadamente, solo 23 encuestados se identificaron como provenientes de esta zona del país, y muy posiblemente esta información puede estar bajo sesgo estadístico. En total, el 69,6 % son “paisas” (16 médicos) y el 30,4 % son de la costa (7 médicos), como se ve en la Figura 3.

Figura 3 Médicos encuestados por región del país



Fuente: elaboración de los autores.

En los análisis de las variables que pudieran influir en el comportamiento del cambio del personal médico, se dividió el tiempo de entrenamiento en dos grupos: el primero, para aquellos que tenían menos de cinco años de experiencia (42 médicos), equivalente al 46,7 %; y el segundo, para aquellos con más de cinco años (48 médicos)–, equivalente al 53,3 %.

De igual forma, se dividieron los que tenían más o menos de 10 años de experiencia, con el fin de generar una variable analizable; la distribución fue del 72,2 % (65 médicos) con experiencia inferior a 10 años y el 27,8 % (25 médicos) con experiencia superior a 10 años.

Los resultados de la encuesta fueron distribuidos según las posibles respuestas: *sí*, *no*, *algunas veces* y *no aplica*, y se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 Resultados descriptivos de la encuesta

Pregunta de cambio	Sí (%)	No (%)	Algunas veces (%)	No aplica (%)
Cambia solo si está en guías de la institución	28,6	23,1	3,3	45,1
Cambia si es algo demostrado por la EBM	69,2	8,8	0	22
Cambia si es algo mostrado en congresos	23,1	26,4	8,8	41,8
Cambia si alguien del exterior con experiencia le enseña una guía	7,7	38,5	12,1	41,8
Cambia si alguien del país con experiencia le enseña una guía	9,9	34,1	6,6	49,5
Cambia si alguien joven con entrenamiento le enseña una guía	8,8	40,7	9,9	40,7
Cambia si la información nueva está en una guía internacional	54,9	12,1	2,2	30,8
Cambia si la nueva información está solo en un RCT internacional	28,6	18,7	4,4	48,4
Cambia si la nueva información está solo en un RCT nacional	19,8	23,1	7,7	49,5

Cambia así lo nuevo no tenga demostración en humanos	2,2	65,9	14,3	17,6
Cambia así lo nuevo no esté en el POS	19,8	51,6	1,1	27,5
Cambia solo cuando lo nuevo no es costoso	26,4	34,1	5,5	34,1

Fuente: elaboración de los autores.

La encuesta fue contestada *sí* por el 24,9 %, *no* por el 31,4 %, *algunas veces* por el 6,3 % y *no aplica* por el 37,3 %. Para los análisis de cruces de variables, se tomaron en cuenta solo las respuestas *sí* y *no*, con el fin de evitar ambigüedad en los resultados. De esta forma, se contó con el 56,3 % de las respuestas para obtener información valedera.

De los resultados de la Tabla 1, es importante recalcar que los porcentajes con un valor mayor al 50 % en las respuestas *sí* o *no* fueron los siguientes:

1. La importancia que tiene la información de la EBM.
2. La importancia para los médicos de que una GAM haga parte de una guía internacional – ejemplo: guías canadienses de soporte nutricional–.
3. El que los datos obtenidos de alguna guía nueva no sean de información probada solo en animales.
4. Finalmente, el hecho de que la GAM incluya medicamentos que no están en el POS, no influye en la toma de decisiones de cambio.

Para hacer el análisis de cruces de variables, se seleccionó la variable *cambio con base en si el concepto estaba establecido por medicina basada en la evidencia (EBM)* como la variable dependiente; esta fue considerada la variable clasificadora de respuesta al cambio o la variable indicadora de cambio y la variable correlacionada con las otras variables –consideradas independientes– de toda la encuesta.

En ese orden de ideas, se evaluó si el personal médico cambiaba en forma significativa ante una GAM establecida según la EBM, al ser comparado con los siguientes factores:

- Tener menos o más de cinco años de experiencia laboral
- Tener menos o más de diez años de experiencia laboral
- Ser de una región antioqueña o una región de la costa atlántica colombiana
- Ser especialista o ser médico general
- Ser trabajador de la salud que labora en una institución acreditada o ser de instituciones no acreditadas en las normas de atención en salud
- Ser de sexo masculino o femenino

Los resultados de las comparaciones son mostrados en la Tabla 2.

Tabla 2 Asociación entre cambiar ante una guía de EBM vs. las siguientes variables

Variable cruzada	OR*	IC	Valor de p^*
Tener menos o más de cinco años de experiencia laboral	4,5	0,73-28,1	0,06
Tener menos o más de diez años de experiencia laboral	1,6	0,39-7,19	0,4
Ser de una región antioqueña o una región de la costa atlántica colombiana	1,2	0,1-12,3	0,7
Ser especialista o ser médico general	0,42	0,09-1,96	0,44
Ser un personal de salud que labora en una institución acreditada o ser de instituciones no acreditadas en normas de atención en salud	0,97	0,23-4,0	0,74
Ser de sexo masculino o femenino	0,7	0,15-3,32	0,95

*Se utilizó el programa de estadística Epidat, y considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo, se realizaron tablas de 2 x 2 con corrección de Yates cuando los valores en algunas de las casillas era menor a 5; para el valor de p se tuvo en cuenta el valor para dos colas.

Fuente: elaboración de los autores.

De las variables cruzadas en la Tabla 2, se demostró que no hay ninguna asociación significativa. No existe influencia en los años de experiencia, ser especialista, trabajar en un hospital acreditado ni en el sexo, como marcadores de cambio ante una guía de EBM.

Para hacer el análisis de cruces de variables nominales entre los datos de las preguntas de la encuesta, se selecciono la variable *cambio con base en si el concepto estaba establecido por medicina basada en la evidencia (EBM)* como la variable dependiente; en otras palabras, como la variable clasificadora de respuesta al cambio o como la variable indicadora de cambio o la variable correlacionada con las otras variables –consideradas independientes– de toda la encuesta.

En ese orden de ideas, se evaluó si el personal médico cambiaba en forma significativa ante una GAM establecida según la EBM, al ser comparado con los siguientes factores:

- Cambia solo si está en guías de la institución
- Cambia si es algo mostrado en congresos
- Cambia si alguien del exterior con experiencia le enseña una guía
- Cambia si alguien del país con experiencia le enseña una guía
- Cambia si alguien joven con entrenamiento le enseña una guía
- Cambia si la información nueva está en una guía internacional
- Cambia si la nueva información está solo en un RCT internacional
- Cambia si la nueva información está solo en un RCT nacional
- Cambia así lo nuevo no tenga demostración en humanos
- Cambia así lo nuevo no esté en el POS
- Cambia solo cuando lo nuevo no es costoso

Los resultados de las comparaciones son mostrados en la Tabla 3.

Tabla 3 Asociación entre cambiar ante una guía de EBM vs. las siguientes variables

Variable cruzada	OR [*]	IC	Valor de p^*
Cambia solo si esta en guías de la institución	7,35	1,81-29,8	0,007
Cambia si es algo mostrado en congresos	6,2	1,5-24,8	0,01
Cambia si alguien del exterior con experiencia le enseña una guía	Los datos no permiten calcular significancia		
Cambia si alguien del país con experiencia le enseña una guía	4,13	0,63-26	0,23
Cambia si alguien joven con entrenamiento le enseña una guía	3,44	0,53-22,3	0,3
Cambia si la información nueva está en una guía internacional	Los datos no permiten calcular significancia		
Cambia si la nueva información está solo en un RCT internacional	3,57	0,89-14,1	0,13
Cambia si la nueva información está solo en un RCT nacional	6,6	1,38-31,4	0,028
Cambia así lo nuevo no tenga demostración en humanos	Los datos no permiten calcular significancia		
Cambia así lo nuevo no esté en el POS	2,77	0,75-10,1	0,19
Cambia solo cuando lo nuevo no es costoso	1,22	0,41-3,7	0,69

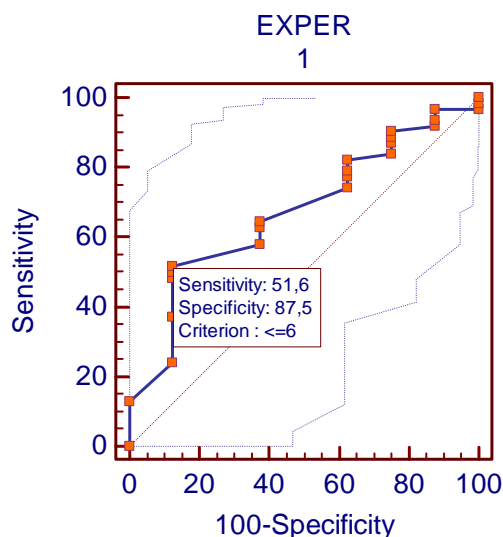
* Se utilizó el programa de estadística Epidat, y considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo, se realizaron tablas de 2 x 2 con corrección de Yates cuando los valores en algunas de las casillas era menor a 5; para el valor de p se tuvo en cuenta el valor para dos colas.

Fuente: elaboración de los autores.

Con el fin de buscar el punto de corte entre el número de años de experiencia laboral y la conducta al cambio relacionada con una guía médica de EBM, se le realizó una curva ROC. El patrón de significancia de la imagen se muestra en la Figura 4. Con una muestra de 70 aseveraciones de conducta al cambio y una prevalencia de respuesta al cambio del 63,4 %, se obtuvo un AUC de 0,67; IC: 0,55-0,7 y un valor de $p = 0,07$, con una sensibilidad del 51,6 %, una especificidad del 87,5 %, un LR+: 4,13, un LR-: 0,55, un VPP del 87,7 % y un VPN del 51,1 %.⁵

⁵ AUC: área bajo la curva. LR+: *positive likelihood ratio*. LR-: *negative likelihood ratio*. VPP: valor predictivo positivo. VPN: valor predictivo negativo.

Figura 4 Asociación entre la experiencia laboral y la conducta al cambio ante una GAM



Fuente: elaboración de los autores.

El índice de exactitud global de la curva ROC que define que a los seis años el médico deja de cambiar ante las guías médicas de EBM es del 67 %. Partiendo de esa exactitud, la probabilidad de que esta prueba estadística indique que los médicos cambian a los seis años es del 51,6 % (sensibilidad), y la probabilidad de que la prueba diga que los médicos no cambian después de los seis años es del 87,5 % (especificidad).

Ante el resultado positivo, que mostró una prevalencia del 63,4 % de respuesta, hay una probabilidad del 87,7% de que el resultado positivo corresponda realmente a que los médicos cambian de conducta ante las GAM solo durante los primeros seis años de experiencia (VPP).

Ante el resultado negativo, que mostró una prevalencia del 63,4% de respuesta, hay una probabilidad del 51,1 % de que el resultado negativo corresponda realmente a que el médico no cambia ante las GAM antes de los seis años.

Por cada 4,1 médicos que cambian solo antes de los seis años de experiencia, hay un médico que no cambia ante las GAM antes de este tiempo (LR+), y del 55% de que los médicos no cambien después de este tiempo.

3.3 Interpretación de los resultados obtenidos

El manejo del personal en una empresa y el del personal médico ante el cambio se están convirtiendo en el manejo integral de las características de la persona: situaciones emocionales,

sensaciones, relación entre las personas, los sitios de trabajo y con el tiempo de la evolución de los adelantos científicos, entre otras.

Este trabajo demostró que a pesar del número reducido de las encuestas, se logró detectar un valor numérico de 6 (seis años) para ser fijado como límite de corte para puntualizar que durante este período, con una especificidad del 87,5%, los médicos cambian ante las GAM: AUC de 0,67; IC de 0,55-0,7. Este concepto de mayor sentido de pertenencia con los avances académicos que les permitan el cambio ante las nuevas GAM, puede estar relacionado con el concepto inverso de *identity work* (*identidad laboral*, IL) descrito por Cutcher (2009) en su trabajo de resistencia al cambio influenciado por conceptos de tiempo y espacio, que encontró que los trabajadores de una empresa financiera generaban conductas de resistencia al cambio por las experiencias creadas a través de su vida de empleado. Este hallazgo es muy similar a lo encontrado en esta investigación, donde los médicos cambian más fácilmente ante GAM durante los primeros seis años de experiencia, posiblemente porque durante este período son más vulnerables a seguir las guías establecidas por la institución. En otras palabras, hay una IL ante la Medicina o ante el papel de médico en la sociedad.

A medida que pasa el tiempo, la IL se va perdiendo por situaciones sociales, de remuneración económica, desengaño, propias de cada país, culturales, etcétera. De esta forma, la identidad como médico de sacrificio social se va desmoronando, y este deja de creer en las guías y comienza a hacerlo basado en su propia experiencia.

Esta investigación también indagó si existía alguna diferencia en la conducta al cambio entre aquellos médicos que pertenecen una institución de salud acreditada y una no acreditada, ambas de Medellín. Aunque se encontró que un mayor número de médicos que respondían al cambio (39) en una institución de salud no acreditada que en una institución de salud acreditada (24), no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos: $p = 0,74$; OR: 0,97; IC: 0,24-4.

El estudio de Maddock (2002) sobre la comparación de hospitales públicos y privados en cuanto a conductas de cambio, planteó que no solo la paga es la causa del abandono de la profesión; existen otras como pobre manejo, discordia entre colegas, escasa comunicación entre trabajadores y aspectos culturales relacionados con descuido y desorganización general. Maddock plantea que la poca credibilidad en los directivos públicos para solucionar los problemas es una de las causas de desmotivación al cambio por parte de los médicos. Sin embargo, no establece tampoco ninguna diferenciación estadísticamente significativa entre estos dos grupos de hospitales.

En el análisis de variables relacionadas con la actitud médica al cambio ante las GAM de EBM, se estratificaron los médicos encuestados entre generales o especialistas, en la presunción de que el médico especialista debería ser más minucioso en la conducta de cambio ante las GAM, comparado con los médicos generales. Sin embargo, no se encontró ninguna diferenciación

estadísticamente significativa de respuesta al cambio entre los dos grupos: OR: 0,42; IC: 0,09-1,96, $p = 0,44$. La falta de diferencias entre los dos grupos hace pensar que la conducta médica al cambio puede estar influenciada por la educación universitaria del gremio médico más que por la educación de posgrado. Este hecho ha sido demostrado por el profesor Gardiner (1998), coordinador de la campaña Visión 2020, del Reino Unido. Sus resultados plantean dos grandes conceptos:

1. Las personas jóvenes están bien informadas acerca de conceptos claves como la educación y el entrenamiento en habilidades.
2. Las prioridades son similares a las de otras generaciones.

Las personas jóvenes identificaron siete prioridades claves incluidas en la educación:

1. Extensión del aprendizaje fuera de la escuela oficial.
2. Las personas jóvenes pueden socializar fácilmente.
3. La reducción en el tamaño de estudiantes promueve la excelencia entre los profesores.
4. Hacer el currículo más flexible y relevante para la vida del paciente.
5. Asegurar que todas las experiencias de trabajo estén en línea con guías de calidad.
6. Asegurar que cada escuela tenga una oportunidad de aprendizaje.
7. Proporcionar accesibilidad al trabajo nacional. Cualidades todas muy típicas de la personalidad médica.

No puede haber un estudio de respuesta al cambio que no compare conceptos de sexo y diferencias culturales. La investigación de este trabajo de grado estratificó la información indicadora para el sexo masculino y el femenino. Al mismo tiempo, se clasificaron los médicos entrevistados entre aquellos que fueron educados en el ambiente cultural “paisa” y aquellos que fueron educados en el ambiente cultural de la costa atlántica colombiana.

¿Cuál es la relación entre sexo y cambio organizacional? ¿Entre sexo y aprendizaje en el trabajo? ¿Cómo los patrones de sexo de la organización pueden ser obstáculos para el cambio individual? ¿Cuáles son los obstáculos para el cambio organizacional? ¿Cuáles son los obstáculos para el aprendizaje? ¿Los cambios organizacionales también significan cambios para las mujeres de la organización? ¿Existe aprendizaje para todos? La segregación de sexo y códigos estereotípicos de sexo y tareas de trabajo fueron mecanismos y obstáculos para cambios organizacionales estratégicos. Entre las características concretas que ayudan a promover el cambio en la lucha de la diferenciación de sexos están los siguientes:

1. La creación de grupos de trabajo.
2. La creación de rotaciones en el trabajo.
3. El mantenimiento integrado de labores.

4. Los proyectos de aprendizaje diferentes y los programas de entrenamiento para aumentar la mira del *staff* con las nuevas tareas de trabajo.

Los estudios demuestran que hombres y mujeres pueden crear climas adecuados de trabajo. Los límites entre funciones y divisiones laborales, profesiones y ocupaciones, a menudo generan límites entre ambos sexos, y, a la vez, entre el “trabajo de hombres” y el “trabajo de mujeres”. Las oportunidades de trabajo de estas últimas dependen más del tipo de organización. También influyen las culturas, los tiempos y las situaciones y la organización locales; sin embargo, los dos factores que más alteraciones relacionadas con el sexo del profesional producen son la segregación –cosas de hombres y cosas de mujeres– y la jerarquización –rangos para hombres y rangos para mujeres con subordinación– (Abrahamsson, 2001).

Se ha establecido una lista de los cinco mecanismos basados en el sexo de los profesionales médicos, que explican por qué las estructuras organizacionales son recipientes:

1. Segregación y jerarquización de sexos
2. Marcación de trabajo, competencias, lugares y cosas según el sexo
3. Ideas estereotípicas propias del sexo en el trabajo
4. Mitos de trabajo de hombres y trabajo de mujeres
5. Tabús, problemas personales e ideas individuales

Un patrón es claro: mientras mayor sea la segregación y la jerarquización, más difícil es introducir cambios organizacionales.

A pesar de existir tantos componentes importantes que pueden mostrar diferencias entre sexos o culturas, esta investigación no encontró diferencias estadísticamente significativas en respuesta al cambio entre hombres y mujeres: OR: 0,70; IC: 0,15-3,32; $p = 0,95$. Cuando la comparación se realizó entre si el médico era educado en la costa, comparado con la región “paísa”, tampoco se hallaron diferencias estadísticas: OR: 1,2; IC: 0,1-12,3; $p = 0,7$.

De los hallazgos más significativos de este trabajo –adicional a la diferenciación de seis años como punto de corte de diferencia al cambio–, está la diferencia estadísticamente significativa en la respuesta al cambio ante las GAM cuando estas son mostradas, explicadas y difundidas en un congreso internacional: OR: 6,2; IC: 1,5-24,8; $p = 0,01$; Esto significa que por cada seis médicos que cambian ante una GAM al asistir a un congreso, hay uno que se resiste al cambio: un hallazgo bastante significativo.

Por lo tanto, si la gerencia de las instituciones de salud desea hacer cumplir el planteamiento de GAM por parte del gremio médico, se debería valer de esta herramienta en una cultura de administración del cambio, política institucional que se debe implementar como tal en la organización (McGreevy, 2008).

El cambio requiere un nuevo esquema para su administración, armando, organizando y desarrollando todo un protocolo y un esquema. Y su objetivo fundamental es la eficiencia organizacional y el performance, incrementando la competitividad, aumentando la flexibilidad organizacional, produciendo calidad y eficiencia y, a la vez, reduciendo costos de operación.

Sin embargo, la literatura disponible sostiene que los cambios se hacen más por impulsos que por programación, y esto no genera éxito en la administración del cambio (*management of change*, MC). Hasta el 66 % de las políticas de cambio no obtienen un resultado exitoso ni beneficios económicos. Los cambios en los grupos médicos ante las GAM deben ser de dos tipos: adoptivo, que exige cambios en entrenamientos y conocimientos físicos; y adaptativo, un cambio organizacional. Este último requiere un proceso de internalización para lograr que los ajustes de la organización influyan en el medio ambiente externo y de esta forma pueda alcanzar sus objetivos (Joroff, 2002).

Los cambios asociados con la información presentada en un congreso médico se correlacionan con la información generada por actualizaciones científicas, marketing, tecnología de sistemas, etcétera, en las organizaciones, y esta asociación está relacionada con el cambio ante los avances científicos y las actualizaciones. Esta propuesta fue presentada por Joroff (2002) en su trabajo relacionado con los cambios influenciados por los adelantos tecnológicos en el sitio de trabajo. De ella se deriva que se podrían utilizar nuevas tecnologías digitales (celulares, internet, video conferencias, e-mail, y video conferencias), con el fin de hacer que el trabajador de la salud actual participe activamente en el cambio y la aceptación de las GAM.

Este cambio, que depende de la interrelación y distribución de fuerzas a través del llamado *campo de fuerza*, es generado por los siguientes factores:

1. El beneficio para la empresa de que se cambie ante las guías
2. El beneficio para el personal médico de cambiar ante las guías
3. El no beneficio para la empresa cuando el grupo de médicos no cambie ante las guías
4. El no beneficio para los médicos de cambiar o no cambiar ante las guías (Hoag, Ritschard y Cooper, 2002)

Estas ellas hay algunas *driving* o ayudadoras y otras *restraining* u obstaculizadoras. Según Lewin (1998), un grupo de discusión bien informado –más que un grupo coercitivo–, en el cual los participantes deciden entre ellos mismos adoptar nuevos procedimientos, procesos o actividades, es mucho más efectivo que la persuasión uno a uno o la cátedra de un experto (Lewin, 1998; Ventrice, 2004; Leboeuf, 2009).

La MC debe aprender de herramientas utilizadas en el mercadeo para saber si los clientes generaron un cambio ante el producto. Se han utilizado técnicas para medir si los clientes hacen un cambio hacia algo más beneficioso, pero no existen técnicas para explicar si el cambio se mantuvo. El modelo *Transtheoretical Model of Behavior Change*, de Prochaska y DiClemente,

ha sido utilizado en campañas de marketing social, empleando metodología cuantitativa para medir a las personas en grupos basados en su facilidad para el cambio; este modelo contempla cinco estados:

1. Pre contemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantenimiento

Además, muestra cómo las personas hacen el cambio en el comportamiento:

1. Primero hacen el procesamiento verbal a través de educación e información.
2. Luego se comprometen con romper barreras para un cambio diario.
3. Entra luego el proceso de comportamiento, seleccionando alternativas diferentes al comportamiento no saludable.
4. Posteriormente entra el proceso de contingencia, referenciando el pasado para generar planes de cambio.

El modelo de Prochaska y DiClemente es una herramienta que útil para ver cuándo los individuos están sometiéndose al cambio y predecir un cambio en comportamiento en el consumidor. Se pueden usar estas escalas en la evaluación de la respuesta al cambio ante las guías –ver el flujograma del cambio o cómo dejar el hábito de hacer lo viejo–. Aun así, este método no dice si el cambio se mantuvo: se debe inventar un método de evaluación del mantenimiento del cambio basado en indicadores de tiempo, algoritmos y escalas de autoeficacia (Logie-MacIver, 2012).

La resistencia al cambio influenciada por aspectos relacionados con el sitio de trabajo puede ser afectada por aspectos externos a la institución de salud: barrio, ciudad, departamento o país, entre otros. También los aspectos culturales de cada una de esas zonas influyen al médico en la toma de decisiones para cumplir o no con una GAM. Las guías realizadas en otro país muchas veces no son aplicables a Colombia por diferentes condiciones: climáticas, de acceso a zonas de violencia, suministros y drogas diferentes, entre otras—. De esta forma, las publicaciones extranjeras muchas veces deben ser analizadas con cuidado antes de aplicarlas a la población colombiana (Valencia, 2000); muy posiblemente, esta es la razón para que un criterio como *cambia si la nueva información está solo en un RCT nacional* mostró significancia estadística: OR: 6,6; IC: 1,38-31,4; $p = 0,028$.

Con respecto a la pregunta número 12 de la encuesta –objetivos, restricciones, etc.–, los resultados de la investigación no mostraron influencia en la respuesta al cambio relacionado con el costo como participante activo en el no cumplimiento de las GAM: OR: 1,22; IC: 0,41-3,7.

Este trabajo demostró que en el proceso del cambio ante las GAM hay múltiples componentes relacionados con el factor tiempo que dependen de conceptos empresariales (Grupo Océano, 2008; Krieger, 2001; Eales-White, 2003); factores humanos, que dependen de la forma en que cada una de las personas fue educada y qué tantos hábitos se deben modificar (Osorio Hoyos, 2010; McLagan, 2003; Davis y Newstrom, 2003); qué tanta capacidad de innovación y respuesta a lo nuevo posee cada persona (Martin, 2011; King y Anderson, 2003; Luecke, 2003; Duck, 2002); factores de la estructura mental de los líderes en el proceso del cambio (Conger *et al.*, 2000; Bowen, 2002; Fullan, 2001; Yukl, 2008); y de muchos otros componentes que lentamente se han comenzado a explorar en las instituciones de salud.

4 Conclusiones

De las variables cruzadas en la Tabla 2, se demostró que en la aceptación de una guía de EBM no hay influencia entre tener más de cinco o diez años de experiencia laboral, ser especialista, trabajar en un hospital acreditado o ser hombre o mujer, como marcadores de cambio. Este resultado indica que el conocimiento que se plantea en las GAM no está restringido ni direccionado a unos profesionales específicos –por experiencia laboral, por contar con posgrado ni por su sexo–, y, por lo tanto, no existe excusa de disponibilidad para no aplicarlas en el proceso de la prestación de la salud. Las condiciones que llevan a la no aplicación de las guías tienen otras características que no son materia de estudio de este trabajo, por ejemplo, la disponibilidad de recursos en la empresa a la que se prestan los servicios profesionales.

La probabilidad de que esta prueba estadística muestre que los médicos cambian en los primeros seis años de su ejercicio profesional es del 51,6% (sensibilidad); y la probabilidad de que la prueba determine que los médicos no cambian después de los seis años es del 87,5% (especificidad). Con base a estos resultados, se puede afirmar que las administraciones de las entidades de salud deben prestar más atención a la aplicación de las GAM (EBM) por parte de su personal médico, de tal forma que aquellos que cuentan con una experiencia laboral superior a seis años presentan menos disponibilidad al cambio y se acogen en menor proporción a dichas guías; los motivos de tales reacciones al cambio también pueden ser materia de estudio en esas entidades de salud.

Por cada 4,1 médicos que cambian antes de los seis años de experiencia, existe uno que no cambia. Hay una probabilidad del 55% de que los médicos no cambien ante las guías de EBM después de los seis años, es decir, que estos decidirán y tomarán su propia decisión en el manejo de los pacientes.

Antes de aplicar las publicaciones y guías extranjeras a la población colombiana, estas se deben analizar con cuidado, dadas las características socioculturales y los hábitos alimenticios, entre otras, que las diferencian de aquellas donde fueron estudiadas. Esta afirmación se hace considerando que un alto porcentaje de las GAM (EBM) se emiten en países desarrollados luego de largas investigaciones, estudios y validaciones de los resultados obtenidos de comunidades con un nivel de vida –educación, salud entre otros aspectos– muy diferentes a los de Colombia. Esto significa que el cuerpo médico debe analizar algunas posibles adaptaciones de las guías para una población específica.

Los datos de la investigación mostraron la poca influencia que tiene el hecho de que una conducta pertenezca al POS en la toma de decisiones de cumplimiento de las GAM. En otras palabras, el ser un tratamiento no incluido en el POS no influye en el cambio de conducta para el cumplimiento de las GAM. Este resultado tiene una gran importancia en la medida en que demuestra que a pesar de que el POS impone al personal médico unas restricciones de recursos para el desarrollo de sus actividades, estos no se tienen que privar de la actualización del conocimiento y aplicación de las mejores prácticas en la medicina moderna.

5 Recomendaciones

En un futuro inmediato, valdrá la pena aclarar en una nueva investigación la influencia mutua entre los conceptos *identidad del trabajo*, *curva de aprendizaje* y *cultura organizacional* como predisponentes al cambio, independientemente de que la instrucción de salud vaya o no a proponer una guía médica de cambio. Las conductas de identidad de trabajo permiten un incremento del sentido de pertenencia del personal ante la institución, que son los primeros pasos para alcanzar logros en la investigación de recursos humanos. Conceptos como *balance liviano* favorecen el cumplimiento de las guías de una empresa y, por ende, la producción en cantidad y calidad.

La cultura, como ley de hierro de una organización, que con sus elementos implícitos y explícitos organiza la experiencia, genera cohesión y orienta a la acción, deberá considerarse en el análisis cruzado y ser foco investigativo futuro. Basado en los conceptos mencionados, la conducta de cambio de los trabajadores está ligada a la cultura de la empresa. El trabajo permite comenzar a conocer variables relacionadas con la cultura de cambio del personal médico en las empresas de salud. Sin el conocimiento de las variables influyentes en su conducta de cambio, nunca se logrará la investigación, el desarrollo y la permanencia en el mercado de cualquier empresa.

Las instituciones de salud deberán utilizar hallazgos estadísticos que permitan conocer mejor al trabajador de la salud, con el fin de hacer posible una intervención gerencial basada en datos de este tipo, y, de esta forma, lograr una mejor respuesta al cambio ante las GAM. Este trabajo de grado es una de las primeras muestras de la utilización de la estadística en las áreas de la administración en salud, y su depuración significativa permitirá ser objetivo en la toma de decisiones gerenciales, en este caso, las relacionadas con las variables de conducta al cambio.

Se deberá utilizar la información obtenida en este trabajo para profundizar en el estudio de las causas que llevan a que el personal médico cambie o no frente las GAM (EBM) y, de esta forma, mejorar los resultados obtenidos en la atención en salud. Trabajos como este podrán ser presentados en los congresos de medicina y las áreas administrativas de las instituciones de salud, relacionando, en el primer caso, las variables del comportamiento médico que influyen en la conducta de cambio, y, en el segundo, mostrando que se puede aplicar la estadística en la administración y que el comportamiento y la respuesta psicológica del ser humano necesitan ser estudiados en forma objetiva si se desea conocer la respuesta al cambio en las empresas.

6 Anexos

6.1 Anexo 1. Juramento hipocrático

Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higia y Panacea, y pongo por testigo a todos los dioses y diosas de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia.

Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con él mi fortuna y lo socorreré si lo necesitare; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quisieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan mediante el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más.

Estableceré el régimen de mis enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mí entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa en donde entre no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré, sobre todo, la seducción de mujeres y jóvenes, libre y esclavos.

Guardaré secreto sobre lo que vea y oiga en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos.

Si observo con fidelidad este juramento séame concedido gozar felizmente de mi vida y de mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.⁶

Juramento Hipocrático moderno

Por lo más elevado de mis creencias, prometo a mis pacientes idoneidad, franqueza, compromiso con todo lo que mejor pueda servirles, compasión, discreción absoluta y confidencialidad dentro del margen de la ley. Trataré a mis pacientes como quisiera que a mí me trataran; obtendré interconsultas o segundas opiniones cuando así lo deseen; los educaré para que participen, si así quieren, en toda decisión importante que a ellos incumba.

⁶ Tomado de: A. Castiglioni (1941). *Historia de la medicina*. Buenos Aires. Salvat.

Y procuraré minimizar su sufrimiento si su enfermedad se volviera intratable, en la convicción de que alcanzar una muerte digna debe ser una meta importante en la vida de cada cual. Trataré de establecer una relación amistosa con mis pacientes y los aceptaré como tales sin pretender juzgar sus actuaciones, comprendiendo que cualquier sistema de valores es sólido y encomiable y concediendo a cada individuo la totalidad de su dignidad humana.

Cobraré tan solo los honorarios justos por mis servicios profesionales sin tratar de lucrarme, ni financieramente ni en ninguna otra forma, por aquellos consejos y cuidados que dispense a mis pacientes. Aconsejaré e infundiré ánimo a mis pacientes en todos sus esfuerzos por mejorar su propia salud. Dentro de mi profesión, pondré todos los medios a mi alcance para mejorar la calidad de la atención médica y para fortalecer la salud pública.

En mi calidad de ciudadano, trabajaré por la equidad en la salud para todos, sin dejar que otras consideraciones de carácter profesional o general interfieran con mi compromiso de proveer la mejor y más adecuada atención a cada uno de los seres bajo mi cuidado. En cuanto pueda vivir en concordancia con los anteriores preceptos, seré un médico realmente valioso (Bulger, 1988).⁷

6.2 Anexo 2. Encuesta

El contenido de la encuesta utilizada para la realización de este estudio se presentó en los siguientes términos:

Luego de terminar su carrera médica, su especialidad o su subespecialidad, el médico se ve expuesto a actualizaciones (*guías*) que deben ser introducidas en el quehacer médico en la atención diaria de los pacientes; el cómo los médicos introducen, o por qué lo hacen o no, es el objetivo de esta encuesta.

Especialidad: _____

Subespecialidad: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Años de experiencia en medicina: _____

Luego de terminar su carrera, especialidad o subespecialidad, usted cambia alguna de sus técnicas en procedimientos o algún tratamiento si (cada respuesta debe ser): a) sí, b) no, c) no aplica, d) algunas veces.

⁷ R. J. Bulger (1988). "El Juramento Hipocrático Moderno". Trad. E. Otero Ruiz. En: *Technology, Bureaucracy, and Healing in America*. Iowa City. University of Iowa Press.

1. Solo si están en las guías de la institución donde trabaja (clínica u hospital).
2. Solo si es algo demostrado por medicina, basado en evidencia.
3. Solo si se los muestran en congresos internacionales o nacionales.
4. Solo si alguien con más experiencia del exterior se los enseña.
5. Solo si alguien con más experiencia nacional se los enseña.
6. Solo si alguien más joven o con menos experiencia, pero con entrenamiento en el tema, se los enseña.
7. Solo si lo nuevo está en guías internacionales.
8. Solo si lo nuevo está en un artículo RCT internacional (estudio randomizado controlado).
9. Solo si lo nuevo está en un artículo RCT nacional (estudio randomizado controlado).
10. Así lo nuevo no tenga demostración en EBM en humanos ni publicaciones.
11. Así usted quiera cambiar por alguna de las razones anteriores, el hecho de ser un producto no incluido en el POS (plan obligatorio de salud) influye en su decisión.
12. Pero antes de hacerlo se fija primero en el costo del cambio.

7 Referencias bibliográficas

Abrahamsson, L. (2001). "Gender-based learning dilemmas in organizations". *Journal of Workplace Learning*. Vol. 13, núm. 7-8, pp. 298-307.

Bédard, R. (1996). *Los fundamentos del pensamiento y las prácticas administrativas*. Montreal. Escuela de Altos Estudios Comerciales.

Bowen, R. B. (2002). *Sepa recompensar a su equipo*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana.

Brown, A. D. y M. Humphreys (2006). "Organizational identity and place: a discursive exploration of hegemony and resistance". *Journal of Management Studies*. Vol 43, núm. 2, pp. 231-257.

Cabana, M. D., C. S. Rand y N. R. Powe (1999). "Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 282, núm. 15, pp. 1458-1465.

Carlhom, D. J. y G. D. Rubenfeld (2007). "Barriers to implementing protocol-based sepsis resuscitation in the emergency department – results of a national survey". *Critical Care Medicine*. Vol. 35, núm. 1, noviembre, pp. 2525-2532.

Chanlat, J. F. (2002). *Ciencias Sociales y Administración. En defensa de una antropología general*. Medellín. Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Collins, R. y S. MacMahon (2001). "Reliable assessment of the effects of treatment on mortality and major morbidity. I: Clinical trials". *Lancet*. Vol. 357, núm. 9523, 3 de febrero, pp. 373-380.

Colombia, Congreso de la República (1993). Ley 100 del 23 de diciembre. Bogotá. Diario Oficial. Núm. 41.148. Sitio web: Secretaría del Senado. Recuperado el 21 de octubre de 2012.
 Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html (Parte 1);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr001.html
 (Parte 2);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr001.html
 (Parte 3);

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr003.html
 (Parte 4);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr004.html
 (Parte 5);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr005.html
 (Parte 6);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr006.html
 (Parte 7);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr007.html
 (Parte 8);
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr008.html
 (Parte 9).

Conger, J., G. M. Spreitzer y Lawler E. E. (2000). *El manual del cambio para líderes*. Buenos Aires. Paidós.

Cutcher, L. (2009). “Resisting change from within and without the organization”. *Journal of Organizational Change Management*. Vol. 22, núm. 3, pp. 275-289.

Davis, K. y J. W. Newstrom (2003). *Comportamiento humano en el trabajo*. 11.^a ed. México, D. F. Mc-Graw Hill Interamericana.

Dellinger, R. P. *et al.* (2004). “Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock”. *Critical Care Medicine*. Vol. 32, núm. 3, marzo, pp. 858-873.

Duck, J. D. (2002). *El monstruo del cambio*. Barcelona. Urano.

Durthaler, J. M., F. R. Ernst y J. A. Johnston (2009). “Managing severe sepsis: A national survey of current practices”. *American Journal of Health-System Pharmacy*. Vol. 66, núm. 1, enero, pp. 45-53.

Eilam, G. y B. Shamir (2005). “Organizational change and self-concept threats. A theoretical perspective and a case study”. *Journal of Applied Behavioral Science*. Vol. 41, núm. 4, diciembre, pp. 399-421.

Ezzamel, M., H. Willmott y F. Worthington (2001). "Power, control, and resistance in 'The factory that time forgot'". *Journal of Management Studies*. Vol. 38, núm. 8, diciembre, pp. 1053-1079.

Ezzamel, M. y H. Willmott (1998). "Accounting for teamwork: a critical study of group-based systems of organizational control". *Administrative Science Quarterly*. Vol. 43, núm. 2, pp. 358-396.

Fleming, P. y G. Sewell (2002). "Looking for the good soldier, Švejk. Alternative modalities of resistance in the contemporary workplace". *Sociology*. Vol. 36, núm. 4, pp. 857-873.

Fleming, P. (2005). "¿Workers' playtime? Boundaries and cynicism in a 'culture of fun' program". *Journal of Applied Behavioural Science*. Vol. 41, núm. 3, septiembre, pp. 285-303.

Ford, J. D., L. W. Ford y R. T. McNamara (2002). "Resistance and the background conversations of change". *Journal of Organizational Change Management*. Vol. 15, núm. 2, pp. 105-121.

Fullan, M. (2001). *Liderar en una cultura de cambio*. Barcelona. Octaedro.

Gao, F. *et al.* (2005). "The impact of compliance with 6-hour and 24-hour sepsis bundles on hospital mortality in patients with severe sepsis: a prospective observational study". *Critical Care Medicine*. Vol. 9, núm. 6, R764-R770.

Gardiner, J. (1998). "Learning, education and skills: young people's views". *Education + Training*. Vol. 40, núm. 5, pp. 202-205.

Goldratt, E. M. (2010). *¿No es obvio?* Buenos Aires. Granica.

Gottfried, H. (1994). "Learning the score: the duality of control and everyday resistance in the temporary-help service industry". En: J. Jermier, D. Knights y W. Nord, eds., *Resistance and Power in Organizations*. Londres. Routledge.

Grupo Océano (2008), comp. *Los nuevos empresarios*. Barcelona. Océano/Centrum.

Hacking, I. (1986). "Making up people". En: T. C. Heller, M. Sosna y D. E. Wellbery, eds., *Reconstructing individualism: autonomy, individuality, and the self in western thought*. Stanford. Stanford University Press.

Hernández, J. (2006). "Selección del tamaño de muestra en estudios clínicos". *Revista Colombiana de Gastroenterología*. Vol. 21, núm. 2, junio, pp. 118-121.

Hillman, K. *et al.* (2005). "Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial". *Lancet*. Vol. 365, núm. 9477, junio, pp. 2091-2097.

Hoag, B. G., H. V. Ritschard y C. L. Cooper (2002). "Obstacles to effective organizational change: the underlying reasons". *Leadership & Organization Development Journal*. Vol. 23, núm. 1, pp. 6-15.

Jones, A. E. y J. A. Kline. (2005). "Use of goal-directed therapy for severe sepsis and septic shock in academic emergency departments". *Critical Care Medicine*. Vol. 33, núm. 8, agosto, pp. 1888-1889.

Joroff, M. L. (2002). "Workplace mind shifts". *Journal of Corporate Real Estate*. Vol. 4, núm. 3, pp. 266-274.

Kahn, J. M. *et al.* (2006). "Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation". *New England Journal of Medicine*. Núm. 355, pp. 41-50.

Kalhan, R. *et al.* (2006). "Underuse of lung protective ventilation: Analysis of potential factors to explain physician behavior". *Critical Care Medicine*. Vol. 34, núm. 2, febrero, pp. 300-306.

King, N. y N. Anderson (2003). *Cómo administrar la innovación y el cambio*. Madrid. Thomson.

Kippenberger, T. (1998). "Planned change: Kurt Lewin's legacy". *Antidote*. Vol. 3, núm. 4, pp.10-12.

Knights, D. y D. McCabe (2000). "¿Ain't misbehaving? Opportunities for resistance under new forms of 'quality' management". *Sociology*. Vol. 34, núm. 3, agosto, pp. 421-436.

Krieger, M. (2001). *Sociología de las organizaciones. Una introducción al comportamiento organizacional*. Buenos Aires. Pearson Educación.

Leboeuf, M. (2009). *El G.S.M. El Gran Secreto de la Motivación*. Barcelona. Empresa Activa.

Lee, T. H. (2010). "Trasformar a los médicos en líderes". *Harvard Business Review*. Vol. 8, núm. 7, agosto, pp. 62-71.

Logie-MacIver, L. (2012). "Using cualitative methodologies to understand behavior change". *Qualitative Market Research: An International Journal*. Vol. 15, núm. 1, pp. 70-86.

Luecke, R. (2003). *Gestionar el Cambio y la Transición*. Barcelona. Deusto.

Maddock, S. (2002). "Making modernisation work: New narratives, change strategies and people management in the public sector". *International Journal of Public Sector Management*. Vol. 15, núm. 1, pp. 13-43.

Mark, E. *et al.* (2010). "Factors associated with non-adherence to early goal-directed therapy in the ED". *Chest*. Vol. 138, núm. 3, septiembre, pp. 551-558.

Martin, R. L. (2011). Los catalizadores de la innovación. *Harvard Business Review*. Vol. 89, núm. 5, 78-84.

McGreevy, M. (2008). "Adaptive change in an evolving world of work". *Industrial and Commercial Training*, Vol. 40, núm. 7, pp. 355-363.

McLagan, P. (2003). *El cambio es cosa de todos*. Barcelona. Empresa Activa.

Mikkelsen, M. E. *et al.* (2008). "Potential reasons why physicians underuse lung-protective ventilation: A retrospective cohort study using physician documentation". *Respiratory Care Journal*. Vol. 53, núm. 4, abril, pp. 455-461.

Nguyen, H. B. *et al.* (2007). "Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality". *Critical Care Medicine*. Vol. 35, núm. 4, abril, pp. 1105-1112.

Osorio Hoyos, R. D. (2010). *Enanitos mentales*. Urubamba. Training Skills.

Pronovost, P. J. *et al.* (2002). "Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: A systematic review". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 288, núm. 17, 6 de noviembre, pp. 2151-2162.

Pronovost, P. J. *et al.* (2006). “An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU”. *New England Journal of Medicine*. Núm. 355, 28 de diciembre, pp. 2725-2732.

Rivers, E., B. Nguyen y S. Havstad (2001). “Early goal directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock”. *New England Journal of Medicine*. Núm. 345, pp. 1368-1377.

Rubinfeld, G. D. *et al.* (2004). “Barriers to providing lung-protective ventilation to patients with acute lung injury”. *Critical Care Medicine*. Vol. 32, núm. 6, junio, pp. 1289-1293.

Sackett, D. L. *et al.* (1994). *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2.^a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Sturdy, A. y S. Fineman (2001). “Struggles for the control of affect – resistance as politics and emotion”. En: A. Sturdy, I. Grugulis y H. Willmott, eds., *Customer Service Empowerment and Entrapment*. Londres. Palgrave.

Townsend, S., R. P. Dellinger y M. M. Levy, eds. (2005). *Implementing the Surviving Sepsis Campaign*. Des Plaines. Society of Critical Care Medicine; Bruselas. European Society of Intensive Care Medicine; Land O Lakes. International Sepsis Forum.

Umoh, N. J. *et al.* (2008). “Patient and intensive care unit organizational factors associated with low tidal volume ventilation in acute lung injury”. *Critical Care Medicine*. Vol. 36, núm. 5, mayo, pp. 1463-1468.

Valencia, E. (2000). “Variables a tener en cuenta en el momento de analizar una publicación relacionada con patologías de cuidados intensivos, de países no latinoamericanos”. *Revista Colombiana de Anestesiología*. Vol. 28, núm. 4, pp. 1-14.

Varpula, M. *et al.* (2007). “Community-acquired septic shock: Early management and outcome in a nationwide study in Finland”. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Vol. 51, núm. 10, noviembre, pp. 1320-1326.

Ventrice, C. (2004). *¿La remuneración no es todo!* Barcelona. Empresa Activa.

Willmott, H. (1993). "Strength is ignorance; slavery is freedom: Managing culture in modern organizations". *Journal of Management Studies*. Vol. 30, núm. 4, pp. 515-552.

Wolfram-Cox, J. R. (2001). "Remembrance of things past, change development and paternalism". *Journal of Organizational Change Management*. Vol. 14, núm. 2, pp. 168-89.

Yealy, D. M. *et al.* (2005). "Effect of increasing the intensity of implementing pneumonia guidelines: A randomized, controlled trial". *Annals of Internal Medicine Journal*. Vol. 143, núm. 12, 20 de diciembre, pp. 881-894.

Yukl, G. (2008). *Liderazgo en las organizaciones*. Madrid. Pearson Educación.